

Suostumus puolesta asiointiin Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen terveysasemilla

Asiakkaan nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Puhelinnumero: _____

Lomake palautetaan terveysasemalle. Asiakas voi toimittaa lomakkeen henkilökohtaisesti tai turvapostilla kirjaamoon. Ohje turvapostin lähettämiseen: [Turvaposti - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(itauusimaa.fi\)](https://www.itauusimaa.fi/turvaposti)

Annan suostumukseni siihen, että nimeämäni henkilö voi puolestani asioida Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen terveysasemilla seuraavissa asioissa:

- Terveydenhuollon ajanvaraus (tämä mahdollistaa myös täyttämään tarvittavat esitiedot)
- Suun terveydenhuollon ajanvaraus (tämä mahdollistaa myös täyttämään tarvittavat esitiedot)
- Tekstiviestimäistutus
- Terveydentilaan ja hoitoon liittyvät tiedot
- Maksuttomien hoitotarvikkeiden jakelu
- Muu, mikä? _____

Tämä **valtakirja ei koske seuraavia** terveydenhuollon asioita: _____

Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani yllä mainituissa asioissa:

Henkilön nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Puhelinnumero: _____

Suostumus on voimassa: (valitse jompikumpi)

- määräaikaisena __/____/____20____ saakka
tai
- toistaiseksi

Olen tietoinen siitä, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen milloin tahansa ilmoittamalla siitä kirjallisesti terveydenhuollon toimintayksikölle.

Suostumuksen tiedot tallennetaan Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen potilastietojärjestelmään.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys
